



# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Clínica Universitária de Pediatria

**Tricobezoar gástrico:**  
A expressão física de um problema maior

Marta Nunes Seco Paralta de Figueiredo

---

**Março'2020**



# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Clínica Universitária de Pediatria

### **Tricobezoar gástrico:**

A expressão física de um problema maior

Marta Nunes Seco Paralta de Figueiredo

**Orientado por:**

Dr.<sup>a</sup> Joana Alexandra Rios Lopes

---

**Março'2020**

## RESUMO

---

O tricobezoar, uma consolidação de cabelos ingeridos, é uma patologia rara, que se verifica principalmente em crianças e mulheres jovens com patologia psiquiátrica subjacente. A sua apresentação é frequentemente inespecífica, com sinais e sintomas como dor abdominal, anemia e perda ponderal, podendo levar a um diagnóstico tardio e a possíveis complicações graves, como oclusão intestinal e perfuração de víscera oca.

Apresenta-se assim o caso clínico de uma criança de 9 anos, que recorreu ao serviço de urgência do Hospital Beatriz Ângelo por dor abdominal, vômitos e ausência de dejeções com 3 dias de evolução. À observação destacava-se uma massa epigástrica dura, associada a anemia ferropénica e sinais de desnutrição. Assumiu-se inicialmente a hipótese de obstipação crónica, mas por fraca resposta à terapêutica de desimpactação intestinal e agravamento clínico, foi alargada a investigação. Realizou-se uma TC abdomino-pélvica, que revelou extensa distensão e invaginação intestinal, associada a estase alimentar, tendo-se confirmado a presença de um tricobezoar gástrico por EDA, que foi extraído por gastrotomia. Após anamnese mais cuidada e investigação da situação social e familiar, acabou por se documentar uma história de ansiedade, dificuldades de socialização e de tricotilomania e tricofagia com 2 anos de evolução, associada a um contexto familiar profundamente disfuncional, tendo a criança sido institucionalizada.

A terapêutica do tricobezoar passa pela sua extração e resolução do quadro orgânico e pela prevenção da sua recorrência, com intervenção da psicologia e psiquiatria, sendo essencial a realização de terapia cognitivo-comportamental e apoio social e familiar para a eliminação dos comportamentos patológicos. O tricobezoar acaba assim por ser uma expressão física grave de um problema maior: uma patologia psiquiátrica que, sem o tratamento adequado, pode prejudicar gravemente o desenvolvimento e a vida futura.

**Palavras-chave:** tricobezoar, tricotilomania, tricofagia, obstipação, pediatria

O Trabalho Final exprime a opinião do autor e não da FMUL.

## ABSTRACT

---

The trichobezoar, a collection of ingested and consolidated hair, is a rare pathology, mainly found in children and young women with an underlying psychiatric disorder. Its presentation is frequently non-specific, with signs and symptoms like abdominal pain, anaemia and failure to thrive, which can lead to a late diagnosis and severe complications, such as intestinal obstruction and bowel perforation.

A case of a 9-year-old child is presented, who came to the emergency department of Hospital Beatriz Ângelo, with complaints of abdominal pain, vomiting and constipation for 3 days. On examination there was a palpable hard epigastric mass, in association with iron-deficiency anaemia and signs of malnutrition. Chronic constipation was initially assumed, but due to poor response to the desimpaction regime and worsening symptoms, it was necessary to widen the investigation. An abdominal and pelvic CT scan was performed, revealing extensive intestinal distension and intussusception, associated with gastric stasis, with the presence of a gastric trichobezoar confirmed by upper GI endoscopy, which was then removed by gastrotomy. Following a more thorough medical history and investigation of the child's family and social background, a history of anxiety, socialization difficulties, trichotillomania and trichophagia in the last two years was documented, in association with a profoundly dysfunctional family life, which led to the child being institutionalized.

The therapeutic approach of a trichobezoar relies on its extraction and resolution of the acute organic disorder, and preventing a relapse, with intervention of a team of psychologist and psychiatrist. Attendance to cognitive-behavioural therapy and social support are essential to promote the elimination of pathological patterns. A trichobezoar turns out to be the physical expression of a deeper problem: a psychiatric disorder that, without proper treatment, can severely hinder a child's future development and adult life.

**Keywords:** trichobezoar, trichotillomania, trichophagia, constipation, paediatrics

This case report expresses the opinion of the author and not of FMUL.

# ÍNDICE

---

<b>RESUMO.....</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>4</b>
<b>LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....</b>	<b>6</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2. CASO CLÍNICO .....</b>	<b>8</b>
<b>3. DISCUSSÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>3.1 SINTOMATOLOGIA .....</b>	<b>13</b>
<b>3.2 DIAGNÓSTICO .....</b>	<b>13</b>
<b>3.3 TERAPÊUTICA .....</b>	<b>15</b>
<b>4. CONCLUSÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>21</b>

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

---

- **BO:** bloco operatório
- **EDA:** endoscopia digestiva alta
- **Dn:** dia *n* de internamento
- **FIE:** fossa ilíaca esquerda
- **GI:** gastrointestinal
- **Hb:** hemoglobina
- **HBA:** Hospital Beatriz Ângelo
- **ISRS:** inibidores seletivos da recaptção de serotonina
- **ITU:** infeção do trato urinário
- **NHACJR:** Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
- **PCR:** proteína C reativa
- **POC:** perturbação obsessivo-compulsiva
- **SUP:** Serviço de Urgência Pediátrico
- **TC:** tomografia computadorizada
- **VIH:** Vírus da Imunodeficiência Humana
- **VHB:** Vírus da Hepatite B
- **VHC:** Vírus da Hepatite C

# 1. INTRODUÇÃO

---

O termo bezoar terá inicialmente surgido aplicado à medicina no século XII a partir da palavra persa *padzahar*, com o significado etimológico de antídoto. O seu aparecimento foi atribuído a um cirurgião árabe, que retirava bezoares gástricos de cabras e os utilizava devido aos seus supostos grandes poderes curativos [1]. Atualmente o bezoar é definido como uma consolidação de material não digerido, que se acumula no trato gastrointestinal, mais frequentemente no estômago, pelas suas dimensões. A sua classificação vai variar consoante a sua composição, sendo as formas mais comuns: fitobezoar, formado por fibras e cascas de vegetais; tricobezoar, pela ingestão de cabelos; farmacobezoar, por fármacos entéricos revestidos ou de dissolução lenta, podendo existir outros tipos. Como fatores predisponentes, verificou-se uma maior incidência em doentes com história de cirurgia gástrica prévia. Também poderão contribuir para a formação de bezoares a mastigação deficiente, devido à presença de próteses dentárias, a ingestão reduzida de líquidos e a toma de medicação que reduza a motilidade GI ou altere a acidez gástrica [2].

O tricobezoar é uma entidade rara, verificada principalmente em adolescentes e mulheres jovens que sofram de patologia psiquiátrica. Estes doentes podem estar assintomáticos durante longos períodos, levando a um diagnóstico tardio e a possíveis complicações orgânicas, desde anemia e desnutrição a oclusão intestinal ou perfuração de víscera oca [3].

De seguida, apresenta-se um caso clínico de uma criança com um tricobezoar, que foi internada e seguida no serviço de Pediatria do Hospital Beatriz Ângelo. Pretende-se expor o caso e respetiva discussão, enquadrando uma breve revisão da literatura, visto esta ser uma patologia rara, de apresentação muitas vezes inespecífica, e com importantes implicações orgânicas e psiquiátricas para o doente.

## 2. CASO CLÍNICO

---

M.F.S.S, sexo feminino, 9 anos, melanodérmica, recorre ao SUP do HBA, acompanhada pela mãe, por um quadro clínico com 3 dias de evolução de dor epigástrica, tipo cólica, vômitos recorrentes e recusa alimentar. Mencionava ainda apirexia mantida e ausência de dejeções desde o início dos sintomas. Não tinha antecedentes pessoais ou familiares de relevo, exceto anemia, medicada com ferro oral, que a mãe não conseguia datar ou especificar. À observação apresentava-se muito queixosa e prostrada, emagrecida, com a pele e mucosas descoradas, mas hidratadas, sem sinais de cianose ou icterícia; não apresentava lesões cutâneas, exantemas ou sinais de discrasia hemorrágica. Estava eupneica, sem sinais de dificuldade respiratória e sem alterações na auscultação cardiopulmonar. O abdómen encontrava-se bastante distendido e timpanizado, com ruídos hidroaéreos abundantes e doloroso à palpação da região epigástrica e no hipocôndrio direito, onde era palpável uma tumefação dura até cerca de 4 cm abaixo do rebordo costal que se estendia ao epigastro, de bordos lisos; não apresentava defesa, sinais de reação peritoneal ou dor à descompressão.

Neste contexto considerou-se como mais provável a hipótese diagnóstica de hepatomegália aguda. Para esclarecimento do quadro realizou avaliação analítica, que revelou uma discreta anemia microcítica hipocrômica (Hb11.7 g/dL; VGM 69 fL; HGM 21 pg), sem alterações dos parâmetros inflamatórios nem elevação das transaminases hepáticas, e com testes para VIH, VHB e VHC negativos; uma radiografia abdominal, que evidenciou apenas aerocolia marcada, e uma ecografia abdominal, que não apresentava alterações hepatobiliares, massas superficiais ou sinais de ascite. Assim exclui-se a hipótese inicial, assumindo-se como provável o diagnóstico de obstipação. Realizou um clister com saída abundante de fezes, sem presença de sangue, e analgesia, com melhoria franca das queixas e tolerância alimentar posterior, que apoiou a hipótese considerada, tendo assim alta para o domicílio com prescrição de Macrogol para desimpactação.

Após 4 dias regressa ao SUP por persistência do quadro anterior, com agravamento das queixas, diagnosticando-se obstipação grave com necessidade de internamento para avaliação e desimpactação intestinal.

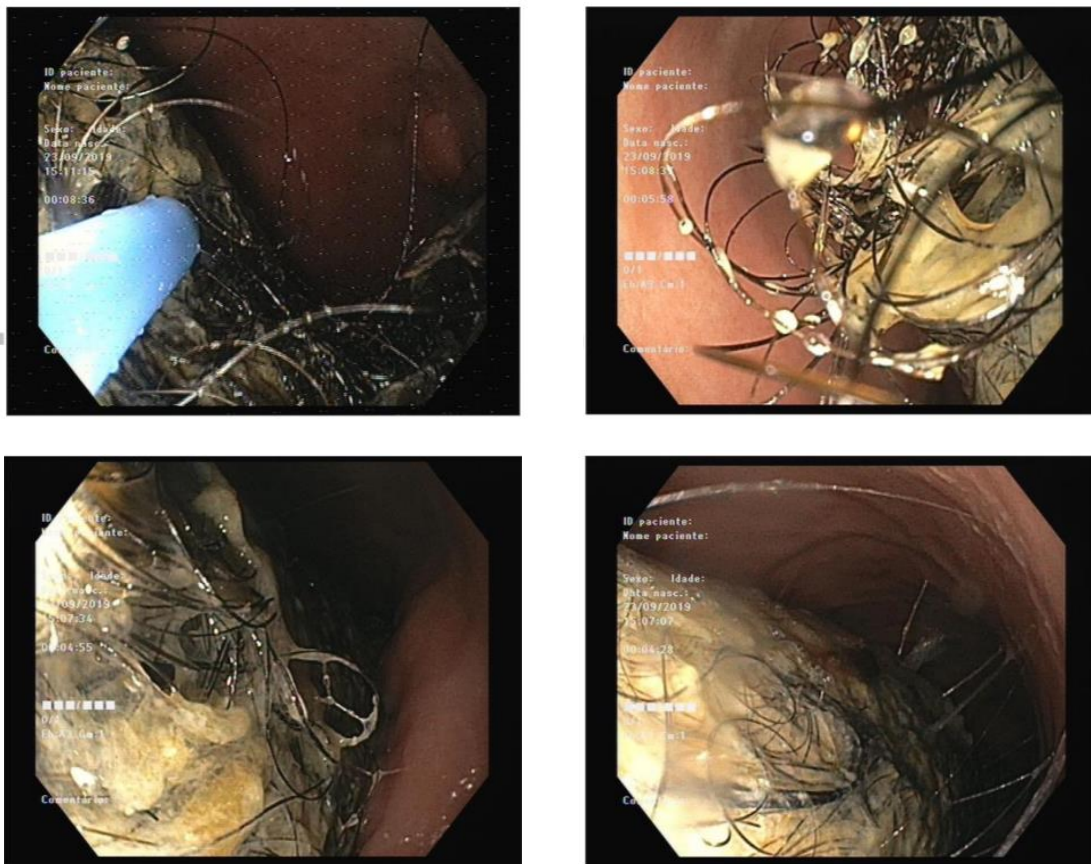


A D1 de internamento, a doente mantinha as queixas, motivando um alargamento do espectro de investigação: pediu-se avaliação analítica para estudo de possível doença celíaca e uma TC abdomino-pélvica, que revelou aspetos compatíveis com extensa invaginação intestinal na FIE, associando-se várias adenomegalias mesentéricas locorreionais e volumosa distensão gástrica, com presença de conteúdo heterogéneo denso, compatível com estase alimentar (*Figura 1*). Colocaram-se assim como hipóteses diagnósticas mais prováveis a de invaginação de divertículo de Meckel/pequena hérnia interna.



**Figura 1:** cortes coronais e transversais retirados de TC abdomino-pélvica da doente.

Iniciou antibioticoterapia profilática com ampicilina, gentamicina e metronidazol e após observação pela Cirurgia Pediátrica, realizou-se uma EDA que evidenciou um volumoso tricobezoar que ocupava todo o lúmen gástrico, sendo impossível fragmentação ou extração do mesmo (*Figura 2*). Prosseguiu-se para a remoção do bezoar por gastrotomia e resseção segmentar de intestino delgado com anastomose termino-terminal, por constatação de brida aderente ao segmento, que condicionou 3 microperfurações (*Figura 3*). Não houve intercorrências ou complicações intraoperatórias.



**Figura 2:** imagens retiradas da EDA da doente.



**Figura 3:** fotografia de peça pós-operatória da doente, mostrando um tricobezoar.

A D6 de pós-operatório verifica-se febre *de novo* e prostração, associada a dor no hipogastro e polaquiúria, sem disúria ou outros sintomas geniturinários ou alterações gastrointestinais. Por suspeita de complicação pós-operatória com possíveis coleções intra-abdominais, foi realizada uma ecografia abdomino-pélvica, que revelou a presença de uma coleção líquida no fundo de saco pélvico, compatível com um abscesso. A doente foi assim submetida a nova laparotomia para drenagem de abscesso e iniciou antibioticoterapia de largo espectro, com piperacilina-tazobactam e amicacina.

Durante o restante internamento verificou-se uma melhoria do estado geral e nutricional, mantendo-se apirética e hemodinamicamente estável, com boa cicatrização da ferida operatória. Demonstrou tolerância alimentar progressiva e manutenção do trânsito GI e urinário.

Durante todo o período de internamento, a criança manteve-se apática e com um humor depressivo, pouca interação com os que a rodeavam e muitos períodos de ansiedade, com enurese aquando da separação da mãe, estando esta ausente durante grande parte do tempo de internamento. A criança demonstrou consistentemente uma clara procura do afeto e atenção da mãe, tendo esta um comportamento desadequado e de menosprezo da situação.

Dado o quadro de tricobezoar e situação familiar disfuncional serem sinais de alarme para uma muito provável patologia psiquiátrica subjacente, a criança foi referenciada ao NHACJR e foi pedida colaboração da psicologia e pedopsiquiatria para avaliação da

doente. Após entrevista apurou-se que, relativamente ao agregado familiar, reside com a mãe, empregada de limpeza, apesar de esta se ausentar regularmente e a deixar com a avó. Não mantinha contacto com o pai, que residia em Angola com 2 filhos de novo casamento, que a doente desconhecia. Referiu ter 3 irmãos mais velhos, um de 15 anos que reside com a avó e dois irmãos de 13 e 12 anos, que habitam numa casa de acolhimento, que via esporadicamente. Frequentava o 2º ano de escolaridade, com bom aproveitamento académico, mas dificuldade em relacionar-se – mencionava que era vítima de *bullying* regularmente desde há 2 anos, altura em que iniciou comportamento de tricotilomania e tricotofagia, que associava a momentos de maior ansiedade e nervosismo. Durante a entrevista demonstrava discurso espontâneo, com algumas dificuldades articulatórias, com ansiedade evidente quando se aborda a família e o seu percurso de vida. Manteve-se centrada nas suas fragilidades e de não poder praticar atividades como as outras crianças por “ser doente do coração” (sic). Demonstrava humor subdepressivo, fâcies triste, mas sem alterações sensorio-perceptivas ou do pensamento.

O internamento acabou por ter uma duração prolongada para resolução da situação social, estendendo-se durante 2 meses e terminando com a institucionalização da criança.

### **3. DISCUSSÃO**

---

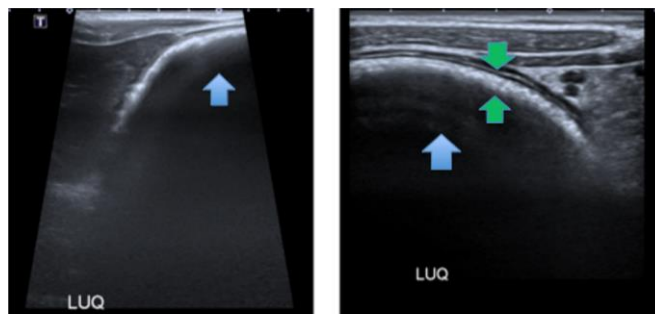
#### **3.1 SINTOMATOLOGIA**

Como o nome indica, o tricobezoar é uma consolidação de cabelo, que, devido às suas propriedades estruturais, é resistente às enzimas digestivas e se acumula nas pregas da mucosa gástrica, impactando com restos alimentares e muco [2]. O quadro inicial é normalmente inespecífico e tardio, podendo os doentes permanecer assintomáticos durante vários anos. Assim, as manifestações iniciais podem abranger desde os sintomas mais comuns, como desconforto epigástrico, dor abdominal, náuseas e vômitos, até a quadros graves de desnutrição e anemia por ulceração da mucosa gástrica, ou de abdómen agudo, por oclusão intestinal ou perfuração de víscera [2]. Ao exame objetivo destaca-se em 80% dos doentes uma massa abdominal palpável, tipicamente epigástrica, mas sem características distintivas à palpação, o que torna difícil a diferenciação entre uma possível hepatomegalia ou corda cólica, como se verificou inicialmente nesta doente. Pode coexistir halitose ou alopecia, que muitas vezes passam despercebidas, e requerem uma anamnese e investigação posteriores mais detalhadas [3],[4]. Devido a esta apresentação, o diagnóstico pode tornar-se difícil, como verificado no caso clínico exposto, que iludiu a avaliação clínica e imagiológica inicial.

#### **3.2 DIAGNÓSTICO**

Como meios complementares de diagnóstico, a avaliação analítica é pouco útil na identificação de um tricobezoar, traduzindo apenas as alterações do estado geral do doente, como por exemplo, um perfil férrico correspondente com anemia ferropénica, ou alterações iónicas e hidroeletrolíticas num doente com episódios de vômitos frequentes. A ecografia abdominal é frequentemente utilizada em primeira-linha, como verificado, por suspeita de alterações hepatobiliares. Contudo, apresenta baixa sensibilidade no diagnóstico de tricobezoar, devido à alta ecogenicidade do cabelo, possíveis aglomerados de restos de comida e bolhas de ar, o que condiciona uma alta variabilidade dos reflexos

acústicos. Quando o exame é positivo, pode revelar uma banda curva hiperecogénica, com sombra acústica posterior [3],[5].



**Figura 4:** banda curva hiperecogénica (setas verdes), com sombra acústica posterior (setas azuis), no quadrante superior direito do abdómen). retirado de D. Lyons, «Large gastric trichobezoar causing failure to thrive and iron deficiency anaemia in an adolescent girl: a case report emphasising the imaging findings and review of the literature», *BJR Case Rep*, vol. 5, n. 2, Jan. 2019

A radiografia abdominal pode ser útil na avaliação inicial, revelando níveis hidroaéreos no caso de obstrução e eventualmente uma opacificação, que traduz uma massa. Os estudos baritados podem evidenciar um defeito de preenchimento gástrico, mas não permitem a distinção duma neoplasia e têm efeitos adversos significativos em casos de estase, como aumento do risco de perfuração [1], [3].

O *gold standard*, em teoria, quando não existe extensão da massa para o intestino delgado, é a realização de uma EDA, visto permitir a visualização direta e ter um propósito tanto diagnóstico, como possivelmente terapêutico [4],[5]. Contudo, pelas suas características não-invasivas e de rápida realização, a TC abdominal é o exame diagnóstico indicado, pois apresenta alta sensibilidade na deteção da massa e possibilita a avaliação das estruturas vizinhas, a extensão e localização delimitada do bezoar e a existência de complicações. Na TC, o tricobezoar apresenta-se como uma massa ovalada no lúmen gástrico, de aspeto mosqueado devido ao ar retido na consolidação, o que o distingue de simples restos alimentares, podendo raramente prolongar-se ao longo do intestino delgado, sendo denominado na literatura como Síndrome de Rapunzel [7]–[10].

### **3.3 TERAPÊUTICA**

Depois de estabelecido o diagnóstico definitivo, a abordagem terapêutica subsequente vai assentar em dois objetivos principais: a remoção do tricobezoar e resolução do quadro orgânico, e a prevenção da sua recorrência. O método de extração do bezoar vai depender do seu volume, constituição, localização e da gravidade do quadro, existindo várias técnicas disponíveis, como a dissolução química, remoção e fragmentação endoscópica, e cirurgicamente, seja por via laparoscópica ou laparotomia. A dissolução química, com Coca-Cola® ou outros agentes enzimáticos, embora possa ser um método eficaz em alguns tipos de bezoar, particularmente os fitobezoes, mostrou-se pouco útil nas consolidações de cabelos, mesmo após tratamento continuado. Além disso, o uso intensivo de enzimas, como a celulase ou pancreatina, podem levar à ulceração péptica, dor abdominal e vômitos [2], [11].

As técnicas endoscópicas consistem essencialmente na fragmentação do bezoar, com recurso a ansas de polipectomia, litotripsia ou lasers, e remoção dos fragmentos. Contudo, embora muito úteis no diagnóstico, estas revelam-se muito pouco eficazes na maior parte dos casos de tricobezoar, como se verificou neste caso, dado a consistência pétreia e as grandes dimensões do bezoar. Adicionalmente, não permitem avaliar a existência de bezoares intestinais concomitantes, aumentam o risco de ulceração e perfuração esofágica, dada a necessidade de reinserir o endoscópio até dezenas de vezes para remoção dos fragmentos, e têm o risco de migração distal destes mesmos fragmentos, podendo causar obstrução ou ileus. [1], [11], [12].

A abordagem de eleição é a cirúrgica, podendo-se optar pela laparotomia ou pela laparoscopia, existindo alguns casos de sucesso publicados com simultânea fragmentação do bezoar por via laparoscópica e remoção por EDA [13], [14]. Um estudo retrospectivo de 108 casos de tricobezoar publicado por *Gorter et al* demonstrou uma taxa de sucesso 75% e 99%, quando comparando as vias laparoscópica e laparotômica, respetivamente. As vantagens da cirurgia minimamente invasiva são o menor impacto estético, especialmente sendo que os doentes alvo são maioritariamente de crianças e mulheres jovens, menos complicações pós-operatórias e menor tempo de internamento. Contudo, implica uma maior capacidade técnica e experiência do cirurgião, maiores tempos operatórios e sob anestesia, dificuldade de avaliação do restante trato intestinal e risco de contaminação da cavidade peritoneal. A gastrotomia tem maior taxa de sucesso e, como

se verificou neste caso, permite uma inspeção de todo o trato GI e identificação de complicações, com a ressecção do segmento invaginado de jejuno, redução do tempo operatório e técnica mais simples [2], [12].

Para prevenir a recorrência, é necessária melhor compreensão das causas psicopatológicas que levaram ao desenvolvimento deste quadro. Como verificado, muitas vezes, particularmente num contexto social e familiar complexo, a apresentação inicial do tricobezoar é já um quadro agudo, a necessitar de intervenção médico-cirúrgica rápida, sendo difícil apurar à entrada a existência de comportamentos que levariam a um diagnóstico diferencial mais rápido. Após realização de uma história clínica detalhada e avaliação pela psicologia e pedopsiquiatria, foi possível identificar a existência de comportamentos de tricotilomania e pica, a tricotofagia.

A tricotilomania é definida no DSM-5 como uma perturbação mental relacionada com a perturbação obsessivo-compulsivo, caracterizado por arrancar o próprio cabelo de forma recorrente, ou também mais raramente de pestanas, sobrancelhas ou pelos púbicos, resultando em alopecia não explicada por outra condição médica. Este comportamento causa sofrimento psicológico significativo e prejudica o funcionamento do doente nas várias esferas da sua vivência [15]. A idade de manifestação desta perturbação é geralmente entre os 10 e os 13 anos, com uma prevalência de 1 a 2% na população em geral, sendo predominante no sexo feminino [15], [16]. Dado os comportamentos muitas vezes ocorrerem em privado, podem passar despercebidos pelos pais ou cuidadores, sendo frequentemente o primeiro sinal a existência de alopecia, ou em casos em que ocorra subsequente tricotofagia, as complicações do tricobezoar. O diagnóstico diferencial de outras causas orgânicas de alopecia, como alopecia areata, de causas endócrinas ou dietéticas, passa assim por uma anamnese completa e exame objetivo exaustivo [17]. Para auxiliar o diagnóstico, pode-se ainda recorrer à tricoscopia do escalpe, que revela sinais característicos que apontam para a tricotilomania [17], [18]. Embora alguns doentes admitam estes hábitos, outros ocultam-nos devido à sua natureza ego distónica, manifestando sentimentos de vergonha e medo de incompreensão; muitos ainda referem não estarem totalmente conscientes do ato, sendo descrito como “automático” ou “reflexo”. O ato de arrancar fios de cabelo está associado recorrentemente a uma forma de minorar a tensão causada por diferentes estados emocionais, funcionando como um meio para evitar experiências aversivas. O alívio temporário de emoções negativas, como medo, frustração, tristeza, ansiedade ou raiva, acaba por criar um ciclo de reforço negativo



e levar à perpetuação deste comportamento [16], [18], [19]. Concomitantemente, podem existir sintomas depressivos, de ansiedade ou abuso de substâncias ou outras perturbações psiquiátricas já estabelecidas, que devem ser pesquisadas, pois contribuem para uma maior incapacidade funcional e podem necessitar de terapêutica específica [16], [18], [20].

Os doentes que sofrem de tricotilomania frequentemente realizam rituais repetitivos com os fios de cabelo, que se assemelham aos comportamentos repetitivos da POC, como brincar com eles entre os dedos, enovelá-los e até mastigar e degluti-los [21]. Crê-se que mais de 20% dos doentes ingerem os fios de cabelo, condição designada por tricotofagia [16], [18]. A tricotofagia é um subtipo da pica, uma perturbação alimentar em que o indivíduo ingere persistentemente, durante pelo menos um mês, substâncias não-nutritivas, não-alimentares, de forma desadequada ao seu estadio de desenvolvimento, nem enquadrada em nenhuma prática cultural. É um diagnóstico aplicável acima dos 2 anos de idade, excluindo a exploração de objetos com a boca e possível deglutição, típica das crianças até esta idade [15], [22]. Nos doentes que incorrem neste comportamento, verificou-se uma maior gravidade dos sintomas de tricotilomania [21].

Após resolução do quadro GI, é então vital a intervenção pela pedopsiquiatria, de modo a evitar a progressão clínica e sequelas na saúde mental, especialmente no caso de crianças e jovens. Atrasos nesta intervenção podem explicar o aumento da gravidade dos sintomas e de comorbilidades psiquiátricas verificadas em doentes na idade adulta que não obtiveram tratamento ao longo dos anos [22].

Os pilares terapêuticos da tricotilomania/tricotofagia são a abordagem farmacológica e a psicoterapia. Apesar de existirem diversos estudos na população adulta de terapêuticas com ISRS, antipsicóticos, naltrexona e canabinóides, não existe eficácia comprovada estatisticamente a longo prazo [16]–[18]. Alguns estudos mostraram melhoria significativa com a terapêutica com N-acetilcisteína, que inibe a libertação sináptica de glutamato, visto existir uma correlação entre a disfunção glutamatérgica e as perturbações relacionadas com a POC. Contudo, esta melhoria não se verificou na população pediátrica [17], [22]. A abordagem mais globalmente aceite é a psicoterapia, especialmente a terapia cognitivo-comportamental; esta passa por identificar e reestruturar padrões cognitivos e modificar hábitos e comportamentos. Assim, a criança deverá realizar sessões semanais (ou mais frequentes dependendo da gravidade) onde aprende a reconhecer os comportamentos patológicos e os desencadeantes, a monitorizar a sua

frequência, e a desenvolver estratégias para evitá-los. O apoio social é fundamental na população pediátrica, destacando-se a necessidade de envolvimento e apoio da família, através do reforço positivo e encorajamento frequente. Assim situações familiares disfuncionais podem não só ser deletérios na recuperação, como estar na própria origem dos comportamentos patológicos, sendo o ambiente stressante e as carências emocionais fatores desencadeantes destes, tal como no caso clínico apresentado. [16], [17], [22]

## 4. CONCLUSÃO

---

O tricobezoar é uma patologia rara em Pediatria, mas que requer diagnóstico e terapêutica urgentes, devido às potenciais complicações graves da progressão do quadro. O seu diagnóstico é frequentemente difícil e tardio devido à sua apresentação inicial ser maioritariamente inespecífica, mas deve ser considerado em doentes com uma massa epigástrica palpável, particularmente em crianças e jovens do sexo feminino. Além disso, no caso de não existir história estabelecida de tricotofagia, requer uma história clínica detalhada e exame físico completo para apurar as causas psicopatológicas do quadro, que nem sempre são possíveis à entrada. Deste modo, a investigação imagiológica é essencial para o diagnóstico diferencial rápido, sendo o TC abdominal o método de eleição - é fundamental estar alerta para o aspeto típico dos achados, que permitem identificar a existência de um tricobezoar e diferenciá-lo de outras massas. Dado a sua composição e consistência pétreas, a fragmentação e extração por EDA é difícil, sendo a abordagem cirúrgica a mais comum. A laparotomia apresenta maior taxa de sucesso nestes casos, mas têm vindo a ser desenvolvidas técnicas laparoscópicas promissoras.

A intervenção da pedopsiquiatria é crucial para identificar os comportamentos patológicos e diagnosticar a tricotilomania e tricotofagia de base. É essencial investigar os fatores desencadeantes dos comportamentos, sendo que o ambiente funcional e coesão familiar em torno da criança são de extrema importância para a sua recuperação. Para prevenir a recorrência e agravamento da perturbação é importante uma terapêutica precoce, que passa essencialmente pela terapia cognitivo-comportamental; a utilização de fármacos carece de evidência na população pediátrica, contudo a N-acetilcisteína mostrou eficácia comprovada em adultos e poderá ser uma opção viável no futuro, sendo necessária ainda maior investigação.

Este caso clínico ilustra então uma patologia pouco frequente, que se apresentou com o quadro inespecífico descrito, tendo sido por isso um desafio no diagnóstico inicial. Isto levou a que se protelasse a instituição de terapêuticas dirigidas durante vários dias, o que poderia levar a complicações graves. O tricobezoar acaba por ser uma expressão física grave de um problema ainda maior: uma patologia psiquiátrica que afeta a vida diária da criança, o seu desenvolvimento e inter-relação com os outros e que, sem o tratamento adequado, pode levar a profundas incapacidades e sequelas a nível psicológico na vida

adulta. Este caso reveste-se duma dificuldade acrescida, pelo contexto familiar em que a criança estava inserida: uma família monoparental, com pouco apoio e figuras de referência, com 2 irmãos já institucionalizados, e uma relação disfuncional entre a criança e a mãe, que mostrava um comportamento desadequado, com pouco afeto e atenção às necessidades emocionais da filha. Para assegurar o bem-estar da criança pode então ser necessário, como se verificou, a intervenção não só médica, tanto a nível físico como psicológico, mas também dos serviços sociais, para que esta se encontre num ambiente propício à sua recuperação e desenvolvimento futuro adequado.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- [1] C. S. Andrade *et al.*, «Bezoar gástrico e intestinal: caso clínico e revisão da literatura», 2009, Acedido: 13-Nov-2019. [Em linha]. Disponível em: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/handle/10400.4/739>.
- [2] K. A. Paschos e A. Chatzigeorgiadis, «Pathophysiological and clinical aspects of the diagnosis and treatment of bezoars», *Ann Gastroenterol*, vol. 32, n. 3, pp. 224–232, 2019, doi: 10.20524/aog.2019.0370.
- [3] D. Lyons, «Large gastric trichobezoar causing failure to thrive and iron deficiency anaemia in an adolescent girl: a case report emphasising the imaging findings and review of the literature», *BJR Case Rep*, vol. 5, n. 2, Jan. 2019, doi: 10.1259/bjrcr.20180080.
- [4] S. Khan *et al.*, «Upper Gastrointestinal Manifestation of Bezoars and the Etiological Factors: A Literature Review», *Gastroenterol Res Pract*, vol. 2019, Jul. 2019, doi: 10.1155/2019/5698532.
- [5] Kyung Hoon Lee, Hyun Young Han, Hee Jin Kim, Hee Kyung Kim, e Moon Soo Lee, «Ultrasonographic differentiation of bezoar from feces in small bowel obstruction», *Ultrasonography*, vol. 34, n. 3, p. 211, Jul. 2015.
- [6] Z. Wang, F. Cao, D. Liu, Y. Fang, e F. Li, «The diagnosis and treatment of Rapunzel syndrome», *Acta Radiol Open*, vol. 5, n. 11, Nov. 2016, doi: 10.1177/2058460115627660.
- [7] T. Ripollés, J. García-Aguayo, M. J. Martínez, e P. Gil, «Gastrointestinal bezoars: sonographic and CT characteristics», *AJR Am J Roentgenol*, vol. 177, n. 1, pp. 65–69, Jul. 2001, doi: 10.2214/ajr.177.1.1770065.
- [8] Yong Quan Alvin Soon *et al.*, «Clinics in diagnostic imaging (198). Small bowel obstruction secondary to a bezoar», *Singapore Medical Journal*, vol. 60, n. 8, p. 397, Ago. 2019.
- [9] G. Cannalire *et al.*, «Rapunzel syndrome: an infrequent cause of severe iron deficiency anemia and abdominal pain presenting to the pediatric emergency department», *BMC Pediatr*, vol. 18, Abr. 2018, doi: 10.1186/s12887-018-1097-8.
- [10] M. E. Rabie, A. R. Arishi, A. Khan, H. Ageely, G. A. S. El-Nasr, e M. Fagihi, «Rapunzel syndrome: The unsuspected culprit», *World J Gastroenterol*, vol. 14, n. 7, pp. 1141–1143, Fev. 2008, doi: 10.3748/wjg.14.1141.
- [11] M. Iwamuro *et al.*, «Review of the diagnosis and management of gastrointestinal bezoars», *World J Gastrointest Endosc*, vol. 7, n. 4, pp. 336–345, Abr. 2015, doi: 10.4253/wjge.v7.i4.336.
- [12] R. R. Gorter, C. M. F. Kneepkens, E. C. J. L. Mattens, D. C. Aronson, e H. A. Heij, «Management of trichobezoar: case report and literature review», *Pediatr Surg Int*, vol. 26, n. 5, pp. 457–463, Mai. 2010, doi: 10.1007/s00383-010-2570-0.
- [13] T. Kurosu *et al.*, «A giant trichobezoar extracted by laparoscopic and endoscopic cooperative surgery (LECS)», *Endosc Int Open*, vol. 6, n. 12, pp. E1413–E1416, Dez. 2018, doi: 10.1055/a-0732-4697.
- [14] K. Kanetaka *et al.*, «Two-channel method for retrieval of gastric trichobezoar: Report of a case», *Journal of Pediatric Surgery*, vol. 38, n. 2, pp. 1–2, Fev. 2003, doi: 10.1053/jpsu.2003.50067.
- [15] American Psychiatric Association, *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, 5ª edição, 5ª edição. ARTMED EDITORA LTDA., 2014.

- [16] J. E. Grant e S. R. Chamberlain, «Trichotillomania», *Am J Psychiatry*, vol. 173, n. 9, pp. 868–874, Set. 2016, doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15111432.
- [17] H. Cisoń, A. Kuś, E. Popowicz, M. Szyca, e A. Reich, «Trichotillomania and Trichophagia: Modern Diagnostic and Therapeutic Methods», *Dermatol Ther (Heidelb)*, vol. 8, n. 3, pp. 389–398, Ago. 2018, doi: 10.1007/s13555-018-0256-z.
- [18] S. Anwar e M. Jafferany, «Trichotillomania: a psychopathological perspective and the psychiatric comorbidity of hair pulling», *Acta Dermatovenereologica Alpina Pannonica et Adriatica*, vol. 28, n. 1, 2019, doi: 10.15570/actaapa.2019.7.
- [19] S. Tiago, M. Nuno, A. João, V. Carla, M. Gonçalo, e N. Joana, «Trichophagia and Trichobezoar: Case Report», *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, vol. 8, pp. 43–45, Mai. 2012, doi: 10.2174/1745017901208010043.
- [20] A. B. Lewin *et al.*, «Depression, anxiety, and functional impairment in children with trichotillomania», *Depression & Anxiety (1091-4269)*, vol. 26, n. 6, pp. 521–527, Jun. 2009, doi: 10.1002/da.20537.
- [21] J. E. Grant e B. L. Odlaug, «Clinical characteristics of trichotillomania with trichophagia», *Comprehensive Psychiatry*, vol. 49, n. 6, pp. 579–584, Jan. 2008, doi: 10.1016/j.comppsy.2008.05.002.
- [22] E. D. Henkel, S. D. Jaquez, e L. Z. Diaz, «Pediatric trichotillomania: Review of management», *Pediatric Dermatology*, vol. n/a, n. n/a, doi: 10.1111/pde.13954.